



DELIBERAZIONE N. 1314/2013 ADOTTATA IN DATA 27/09/2013

OGGETTO: Approvazione Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo anno 2013.

### IL DIRETTORE GENERALE

Assistito dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che svolge le funzioni di verbalizzante;

Premesso che il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 (cd. Decreto Brunetta) all'art. 10 comma 1 lettera a) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente "...un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori";

Precisato che, per quanto concerne il Piano della Performance, sono state emanate nell'anno 2012 specifiche linee guida regionali relativamente alla modalità di redazione del Piano contenute nel documento "Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende sanitarie pubbliche lombarde";

Rilevato che le suddette linee guida riportano le istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance prevedendo anche la tempistica relativa alle fasi del ciclo di gestione della performance;

Considerato che, coerentemente con le linee guida regionali, con il documento "Sistema di valutazione del Personale dipendente dell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo" approvato con delibera n. 1606 del 21 Dicembre 2010, e con il "Regolamento Sistema di Valutazione – Area Comparto" approvato con delibera n. 674 del 10 Maggio 2013 è stato redatto il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII per l'anno 2013;

Precisato che, per quanto attiene agli obiettivi strategici contenuti nel Piano della Performance, si è fatto riferimento al Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, e alla "Delibera Determinazioni Gestione Servizio Socio Sanitario esercizio 2013" – DGR n. 4334 del 26/10/2012";

Verificato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni nella seduta del 16 Settembre 2013 ha preso visione della bozza del Piano della Performance e, dopo averlo analizzato, ha approvato il documento allegato alla presente al quale si fa espresso rinvio;

#### DELIBERA

1. di approvare il documento allegato alla presente “Piano della Performance dell’Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII” al quale si fa espresso rinvio;
2. di pubblicare sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” il Piano della Performance dell’Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII – Anno 2013;
3. di dare mandato all’USSA Valutazione e gestione attività strategiche di monitorare il ciclo di gestione della performance secondo la tempistica stabilita dalle linee guida regionali;
4. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

#### IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Carlo Nicora

#### IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Laura Chiappa

#### IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Peter Assembergs

# PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2013



## AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII

Il Piano della Performance è un documento programmatico che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione

## INDICE

<b>1. PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>2. L'AZIENDA OSPEDALIERA</b> .....	<b>4</b>
<b>3. MANDATO ISTITUZIONALE</b> .....	<b>5</b>
<b>4. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA</b> .....	<b>5</b>
4.1 Attività di ricovero .....	5
4.2 Attività chirurgica .....	6
4.3 I trapianti e l'alta specializzazione .....	7
4.4 Cure oncologiche .....	8
4.5 Emergenza-Urgenza .....	9
4.6 Attività ambulatoriale .....	9
4.7 Le risorse umane .....	11
4.8 La spending review .....	13
<b>5. LE STRATEGIE REGIONALI</b> .....	<b>14</b>
<b>6. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI</b> .....	<b>15</b>
<b>7. PROGETTI SPECIFICI DI INTERESSE AZIENDALE</b> .....	<b>17</b>
7.1 Ospedale per intensità di cure .....	17
7.2 Riorganizzazione delle Sale Operatorie .....	18
7.3 Centro di Day Surgery .....	19
7.4 Riorganizzazione percorsi ambulatoriali .....	19
7.5 Documentazione sanitaria informatizzata .....	19
7.6 Centrale dimissioni protette .....	20
7.7 Farmacia delle dimissioni .....	20
7.8 Farmacoprescrizione Informatizzata e gestione robotica .....	21
del farmaco in confezione Monodose .....	21
7.9 Attivazione nuove apparecchiature .....	22
7.10 Valutazione e sviluppo del personale .....	22
<b>8. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI</b> .....	<b>24</b>

---

8.1 MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO IMA.....	25
8.2 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico.....	26
entro 48 ore nell'anziano .....	26
8.3 Colectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni .....	28
8.4 Proporzione di parti con taglio cesareo primario .....	29
<b>9. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE:.....</b>	<b>31</b>
<b>GLI INDICATORI DI RISULTATO .....</b>	<b>31</b>

## 1. PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione. L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è al suo secondo anno di pubblicazione del Piano della Performance così come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 (c.d. Decreto Brunetta).

Il 2013 è per l'Azienda Papa Giovanni XXIII un anno molto importante in quanto è il primo anno di esercizio presso la nuova sede. Il Nuovo Ospedale ospita 36 sale operatorie, 238 ambulatori, 1.036 posti letto (accreditati) e un eliporto.

Le sette torri ospitano le degenze e gli ambulatori, mentre una piastra centrale, cuore pulsante del Papa Giovanni XXIII, ospita tutti i servizi di diagnosi e cura, dalle sale operatorie alle terapie intensive, dai laboratori al Pronto Soccorso.

L'organizzazione si fonda non tanto sulla suddivisione tra reparti, ma sui diversi livelli di intensità dell'assistenza di cui il paziente ha bisogno. La fase acuta di urgenza-emergenza viene gestita nella piastra, mentre le degenze ordinarie trovano spazio nelle torri, così come l'attività ambulatoriale. Le torri e la piastra sono collegate da passerelle ai piani superiori e a piano terra dall'Hospital Street, un percorso interno sul quale si affacciano gli ambulatori, i servizi d'accoglienza, il CUPS, il Centro Prelievi e i servizi commerciali.

Oltre che nel nuovo presidio ospedaliero l'Azienda eroga prestazioni di alto livello sanitario tecnico scientifico in ambito riabilitativo neurologico e neuropsicologico presso il presidio di Mozzo dove trovano assistenza i pazienti affetti da gravi lesioni cerebrovascolari e spinali di natura sia traumatica che vascolare. In tale ambito si sviluppa anche il sostegno psicologico delle famiglie. Presso l'Hospice di Borgo Palazzo viene assicurata l'assistenza sanitaria di malati terminali anche in età pediatrica, mediante un'équipe che nell'ottica della continuità con il territorio e la famiglia garantisce anche la collaborazione con le associazioni di volontariato oltre che garantire l'erogazione delle cure palliative.

Sempre in relazione allo stretto rapporto tra l'ospedale e territorio di competenza dell'A.O. gestisce, tramite il Dipartimento Salute Mentale, alloggi in comunità protette nei quali i pazienti sperimentano forme di aggregazione, di vita comune, di reciproca assistenza di vita con la società civile.

## 2. L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII ha sede a Bergamo in Piazza Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS n. 1.

Le sedi distaccate dell'Azienda sono:

- Struttura Ospedaliera Riabilitativa

24030 Mozzo (BG) – via Del Coppo

- Struttura Ambulatoriale “Matteo Rota”

24128 Bergamo – via Garibaldi n. 13/15

- Struttura Ambulatoriale “Borgo Palazzo”

24125 Bergamo – via Borgo Palazzo n. 130

- Centri di Dialisi ed Assistenza Limitata (CAL)

24015 San Giovanni Bianco (BG) – via Castelli n. 5

24125 Bergamo – via Borgo Palazzo n. 130

- Centri Psicosociali (CPS) – Centri Diurni e Comunità Protette Media assistenza (CRM)

24125 Bergamo – via Boccaleone, 25

24125 Bergamo – via Borgo Palazzo, 130

24126 Bergamo – via Montale, 13

24123 Bergamo – via Tito Livio, 2

24124 Bergamo – via Calzecchi Onesti, 8

24129 Bergamo – via Longuelo, 83

24128 Bergamo – via Nino Bixio, 2

- Centro di ipovisione e riabilitazione visiva e oftalmologica pediatrica

Azzano S. Paolo – Via Trento, 1

### 3. MANDATO ISTITUZIONALE

La Regione Lombardia, con DCR 13 luglio 2010 – n. IX/15, ha autorizzato il cambio di denominazione dell'azienda ospedaliera, da Ospedali Riuniti a Papa Giovanni XXIII.

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è un'azienda del sistema sanitario regionale. Risponde ai bisogni di salute della popolazione, erogando prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione alla persona, in tutti i settori della medicina, utilizzando le conoscenze più avanzate.

Grazie a servizi di alta qualità e innovazione e allo sviluppo di ricerca e formazione, l'azienda ha raggiunto dati d'attività e risultati che la collocano tra le strutture di maggior rilievo a livello nazionale.

### 4. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

#### 4.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2012 il numero di pazienti dimessi dopo ricovero ordinario è stato di 34.182, dopo ricovero Day Hospital è stato di 9.120, per un totale complessivo di dimessi di 43.302.

Nel 2012, rispetto al 2011, si è quindi registrata una lieve riduzione della numerosità dei ricoveri ordinari (-4,6%) e un'importante riduzione dei ricoveri diurni (-35%). La riduzione dei ricoveri Day Hospital (DH) è determinata dal cambiamento del regime di erogazione di una buona parte dei ricoveri DH medici, che sono diventati prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), e continuerà anche nei prossimi anni con il cambiamento, già in atto, del regime di erogazione di prestazioni chirurgiche di bassa complessità, che saranno correttamente erogate in regime ambulatoriale (Chirurgia a Bassa Complessità, o BIC).

Nel 2012 si è inoltre registrato un aumento della degenza media rispetto al 2011. La stessa è infatti passata per i ricoveri ordinari (escludendo i ricoveri dei neonati fisiologici) da 8,79 a 9,12 giorni, ed anche questa è una tendenza che si sta consolidando da anni. Il dato va interpretato tenendo in considerazione che alla AO Papa Giovanni XXIII stanno afferendo in numero sempre crescente pazienti fragili e con patologie ad elevato grado di complessità, che richiedono competenze multidisciplinari e percorsi di cura articolati. In una logica di rete ospedaliera è corretto che le patologie più complesse afferiscano alla principale Azienda Ospedaliera della provincia.

La tabella 1 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2012 (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori).

TABELLA 1: le principali cause di ricovero ordinario nel 2012

<b>Le principali cause di ricovero</b>	<b>N° dimessi</b>
Gravidanza, parto e puerperio	4.528
Neonati normali e con disturbi perinatali	3.913
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	3.535
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.335
Malattie e disturbi sistema nervoso	2.191
Malattie e disturbi apparato digerente	1.932
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.832

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2012 sono state il parto e le patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un ospedale che è sede della più grande unità di ostetricia-ginecologia della provincia e di un'unità di patologia neonatale di terzo livello. Seguono in ordine decrescente di frequenza le malattie del sistema cardiocircolatorio, dell'apparato locomotore, del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente e patologie urinarie dei reni e delle vie urinarie.

#### 4.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici del 2012 è stato di 36.231, leggermente in calo (-4%) rispetto agli ultimi anni durante i quali la numerosità era sempre cresciuta passando da 32.989 del 2006 a 34.354 del 2008 a 37.758 del 2011.

Nel corso degli anni si è progressivamente modificato il regime di erogazione degli interventi chirurgici: sono aumentati quelli di chirurgia ambulatoriale (+40 % nel 2012 rispetto al 2011) e sono diminuiti quelli con regime di ricovero ordinario (-13,5 % nel 2012 rispetto al 2011) e Day Surgery (-5,8 % nel 2012 rispetto al 2011). Questo andamento trova spiegazione, come già descritto sopra, nella ricerca dell'appropriatezza del regime di erogazione delle prestazioni, che ha determinato un progressivo passaggio di quelle a bassa complessità, sia chirurgiche che di diagnostica, dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Si deve inoltre tenere conto che nell'ultima parte del 2012 è stata fatta una

riduzione programmata degli interventi chirurgici al fine di preparare ed effettuare il trasferimento dell'AO presso la nuova sede.

#### 4.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

Le attività di alta specializzazione presenti nell'azienda ospedaliera trovano una delle espressioni più alte nella cura e nell'assistenza dei malati sottoposti a trapianto d'organo, dove maggiore è l'esigenza di un approccio multidisciplinare.

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è il primo centro nazionale, in termini di numerosità, relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

La tabella 2 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati negli anni 2008 - 2012.

TABELLA 2: numerosità trapianti, suddivisi per organo, negli anni 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012

<b>ORGANO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
cornee	39	42	36	23	15
cuore	25	30	27	20	18
rene	33	39	25	41	40
fegato adulto	30	55	47	59	58
fegato pediatrico	30	27	27	22	25
midollo osseo	149	159	148	150	156
polmone	6	17	13	14	7
intestino pediatrico	2	/	1	/	/
combinato	/	6	4	4	8
<b>totale</b>	<b>314</b>	<b>375</b>	<b>328</b>	<b>333</b>	<b>327</b>

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto sanitario dell'Azienda Ospedaliera risiede nell'offerta di un gran numero di discipline internistiche, chirurgiche e di servizi diagnostico-terapeutici, in grado di far fronte alla cura di uno spettro di patologie che vanno dalle cause più comuni di morbosità a diverse malattie rare.

#### 4.4 CURE ONCOLOGICHE

Alla AO Papa Giovanni XXIII si curano tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura.

Nell'ottica dell'umanizzazione dell'assistenza è stato attivato a ottobre 2011 l'ambulatorio Pronto Intervento Diagnostico Oncologico (PID). Il PID svolge un'attività diagnostica ambulatoriale che accompagna il paziente, dalla tempestiva valutazione diagnostica da parte dello specialista, attraverso la programmazione dell'iter diagnostico, tramite canali di accesso privilegiati (laboratorio analisi, radiologia, neuroradiologia, medicina nucleare, ecc.) fino alla valutazione medica conclusiva.

Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente si sviluppa un percorso di cura personalizzato, ispirato alla multidisciplinarietà, alla continuità terapeutica e all'appropriatezza di ogni intervento. Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, dalle terapie mediche a quelle biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase del percorso di cura e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato.

Viene garantita anche sorveglianza e cure specifiche in caso di complicanze che possono accompagnare le malattie oncologiche, come la trombosi.

Intenso e di alto livello anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che la maggior parte delle pubblicazioni prodotte in azienda interessano il campo oncologico ed ematologico.

Il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2012 dei pazienti con ricovero ordinario delle Unità Strutturali di Oncologia ed Ematologia (considerate insieme) sia dei pazienti fuori provincia ma residenti in Regione Lombardia (extra-provincia) che dei pazienti che provengono da altre regioni (extra-regione), che totale (extra-provincia + extra-regione).

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI PROVINCIA MA RESIDENTI IN LOMBARDIA (EXTRA-PROVINCIA): 109 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 39 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 147 per 1.000 dimessi

---

L'obiettivo per il 2013 è il mantenimento di una forte attrattività nel settore oncoematologico.

---

#### 4.5 EMERGENZA-URGENZA

---

L'AO Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presente in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. Questo significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti con lesioni traumatiche gravi all'addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa. E' inoltre l'unica struttura di riferimento in Lombardia per il trauma pediatrico grave.

Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti, frutto della stretta sinergia tra le unità che compongono il Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Centrale operativa 118, Chirurgia I, Medicina d'Urgenza, Pronto Soccorso, Centrale Antiveneni, Ortopedia e Traumatologia) e la collaborazione con altre discipline, dalla Chirurgia plastica a quella Maxillofacciale, dalla Neurochirurgia al Dipartimento di Anestesia e Rianimazione. Specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24.

L'alto numero di pazienti con traumi multipli trattati ogni anno si riflette in un'intensa attività di ricerca, in un'ottica di integrazione continua tra assistenza, clinica, didattica e ricerca. L'obiettivo resta il miglioramento continuo della qualità del servizio coerentemente con le linee guida aziendali: appropriatezza delle prestazioni, umanizzazione e riduzione delle lista d'attesa.

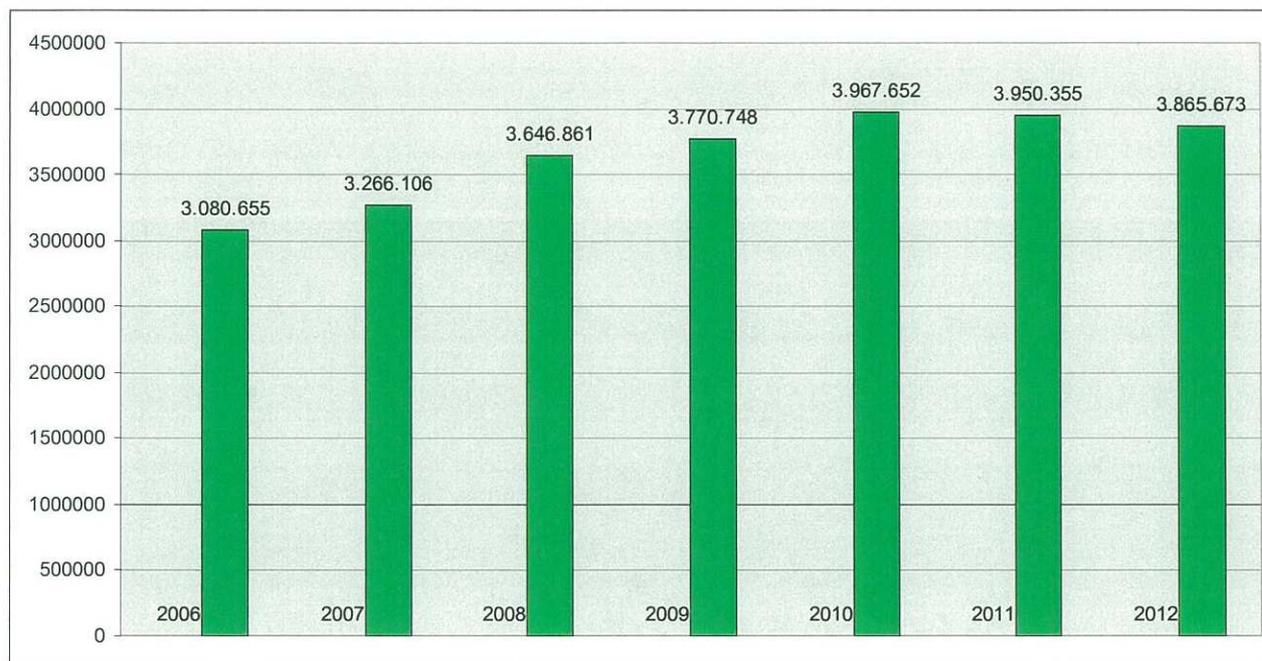
---

#### 4.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

---

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta e nel tempo tende a crescere per le ragioni descritte nei paragrafi sopra. Il grafico 1 riporta il numero di prestazioni ambulatoriali effettuate dal 2006 al 2012.

GRAFICO 1: numerosità delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2006-2012



La tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2012, classificate per macro-categorie, è riportata nella tabella 3.

TABELLA 3: tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2012.

prestazioni ambulatoriali	numerosità
totale visite di controllo	243.677
totale prime visite	59.598
RADIOTERAPIA	33.014
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	12.820
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	128.709
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	2.821.372
altre prestazioni	566.561
<b>TOTALE</b>	<b>3.865.751</b>

#### 4.7 LE RISORSE UMANE

Le risorse umane sono l'elemento che maggiormente qualifica e caratterizza le strutture e la qualità delle prestazioni assicurate ai cittadini. E' attraverso la professionalità dei propri operatori, infatti, che l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII riesce a erogare prestazioni sanitarie ad alti livelli sia in termini clinici che assistenziali.

Ciò si realizza tramite il costante monitoraggio, gestione ed implementazione del fabbisogno Aziendale del Personale Dipendente autorizzato dalla Giunta Regionale della Lombardia con la D.G.R. 9933/2008 e la D.G.R. 1774/2011 e che di seguito si specifica:

Infermieri	1.689
Tecnici Sanitari	334
Operatori sociosanitari	190
Ausiliari e Tecnici	389
Comparto amministrativo	338
<b>Totale Comparto</b>	<b>2.940</b>
Dirigenti Medici	625
Dirigenti del Ruolo Tecnico Amministrativo e Professionale	24
Dirigenti Sanitari	61
<b>Totale Dirigenti</b>	<b>710</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO</b>	<b>3.650</b>

La particolare specializzazione richiesta e le molteplicità di progetti attivati presso le Unità Operative comporta la necessità di integrare i rapporti di lavoro dipendente con altre tipologie di rapporto di lavoro quali le Collaborazioni Libero Professionali, le Collaborazioni Coordinate e Continuate (Co.Co.Co), le Borse di Studio ecc.

In Azienda sono inoltre presenti Specialisti Ambulatoriali che esercitano le loro attività sanitarie, prevalentemente presso gli ambulatori, il cui rapporto è disciplinato da specifici Accordi Collettivi Nazionali.

La consistenza di tutte queste collaborazioni è sintetizzata nelle tabelle di seguito specificate. Si precisa che i dati si riferiscono alle unità di personale individualmente presenti, a prescindere dalla quantità di orario reso/prestazioni erogate; ciò in relazione alla diversa tipologia di contratto stipulato :

Tipologie di Attività	Tipologie di Finanziamento	Borse	Co.Co.co.	Libera Professione	Totale
Istituzionale	Bilancio Aziendale	0	9	49	58
Progetti Ricerca e Supporto alla attività Istituzionale	Fondi Esterni Fondi di Reparto	48	8	34	90
Progetti Regionali	SSR	30	7	20	57
<b>Totale</b>		<b>78</b>	<b>24</b>	<b>103</b>	<b>205</b>

<b>Specialisti Ambulatoriali</b>	<b>45</b>
----------------------------------	-----------

Di seguito si illustra il dettaglio del 2012 riferito ai finanziamenti esterni destinati a specifici progetti anche di ricerca :

Tipologia di Collaborazione	Finanziamento	Numero
-----------------------------	---------------	--------

<b>Borse</b>	€ 676.256,38	42
<b>Co.Co.Co.</b>	€ 135.793,22	4
<b>Libera Professione</b>	€ 361.213,59	17

<b>TOTALE</b>	€ 1.173.263,19	63
---------------	----------------	----

---

#### 4.8 LA SPENDING REVIEW

---

La legge relativa alla spending review (legge 7 Agosto 2012 n.135 art. 15 Comma 13 lettera A) ha previsto:

- che gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti - in essere al 06.07.2012 - di appalto di fornitura di beni e servizi siano ridotti, per tutta la durata dei contratti medesimi, del 5% a decorrere dal 06.07.2012 e del 10% a decorrere da 01.01.2013;
- che sono esclusi dalla spending review l'acquisto dei farmaci e dei servizi sanitari, nonché i contratti di concessione;
- che per i dispositivi medici tale riduzione opera solo fino al 31.12.2012;
- che la riduzione degli importi dei contratti è da conseguirsi attraverso una corrispondente diminuzione del volume delle prestazioni contrattuali, cioè dei beni forniti o dei servizi resi da parte dei fornitori.

Pertanto, nel 2013 la spending review:

- a) si applica solo ai servizi e beni non sanitari, sempre sui contratti attivi al 06.07.2012 e che proseguono nel corrente anno;
- b) non si applica ai contratti cessati al 31.12.2012 e neppure a quelli stipulati dopo il 06.07.2012.

La Direzione ha discusso con il Collegio Sindacale l'elenco dei contratti oggetto della spending review; come per lo scorso anno verranno programmati incontri con i DEC (Direttori dell'esecuzione del contratto) di ogni contratto interessato, che saranno invitati ad attuare tutti gli interventi necessari per conseguire gli obiettivi di risparmio imposti dalla legge.

Anche nel 2013 le azioni volte alla riduzione dei costi proseguiranno con le Strutture interne destinatarie di tali servizi/prodotti, al fine di razionalizzare al massimo il loro utilizzo, per eliminare eventuali sprechi ed ottimizzarne l'uso nel rispetto dei budget assegnati.

## 5. LE STRATEGIE REGIONALI

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014 (PSSR) è il documento, approvato dalla Giunta regionale, che detta le linee programmatiche per il settore sanitario e sociale per i prossimi anni. In sintesi gli obiettivi del PSSR che l'Azienda si impegna a perseguire sono relativi a:

**SEMPLIFICAZIONE** - Attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario, deve essere data la possibilità ai cittadini di prenotare e pagare una prestazione senza la necessità di doversi recare fisicamente in ospedale o nelle strutture dove vengono erogate le prestazioni. Sarà garantito ai pazienti l'accesso ai propri referti clinici evitando di recarsi presso la struttura sanitaria. Anche il medico riceverà in tempo reale gli esiti di un esame clinico relativo ad un proprio assistito. Altro obiettivo è la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni.

**SISTEMA INFORMATIVO** - Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) deve essere implementato per realizzare la completa integrazione degli enti socio sanitari, sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico, dematerializzare i documenti sanitari e ampliare e perfezionare il servizio di prenotazione nei suoi diversi canali (CUP regionale, internet, farmacie, medici di medicina generale). Sarà data dunque la possibilità di consultare, attraverso questi canali, le agende di tutte le strutture collegate con il SISS.

**PIANI DI SVILUPPO** - E' prevista la messa a regime delle reti di patologia: già attive quelle sulle patologie rare e oncologiche, oltre alle reti trasfusionale, ematologica e nefrologica. Lo sviluppo della telemedicina si realizzerà attraverso l'attivazione di programmi su scala provinciale e regionale, dopo una prima fase di sperimentazione locale. Nuovo impulso sarà dato anche alla ricerca e alle relazioni internazionali. Proseguirà il dialogo e la collaborazione con le imprese, le Università e Finlombarda per lo sviluppo di progetti di innovazione tecnologica e per l'acquisizione e l'attuazione di progetti europei di Ricerca e Sviluppo. Una particolare attenzione verrà accordata alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto.

**RETE OSPEDALIERA** - Gli ospedali dovranno diventare sempre più luoghi tecnologicamente avanzati, dotati della strumentazione di eccellenza, nei quali i pazienti dovranno permanere il tempo strettamente necessario alla cura della fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per esempio low care hospital). Dovranno anche essere implementati modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni, con lo scopo di realizzare forme di continuità assistenziale comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero.

Da quanto sopra riportato risulta evidente come il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2010-2014 abbia confermato l'impegno assunto dalla legge regionale 33 del 2009 che, assecondando l'evoluzione dei bisogni della popolazione, ha sviluppato un sistema di strutture sanitarie pubbliche e private complesso e articolato. Oggi la criticità delle risorse induce a focalizzare prioritariamente due fabbisogni del sistema regionale: l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico-sanitario-amministrativi.

Per rispondere a queste esigenze il sistema regionale concentra l'attenzione sui portatori di interesse: le persone, i professionisti e le Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Al fine di rispettare i suddetti obiettivi strategici, l'Azienda profonde il proprio impegno per proseguire nei progetti definiti nei capitoli successivi.

## 6. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione regionale (PSSR 2010-2014) si sostanziano in:

- Attuare interventi per la promozione di stili di vita sani al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo
- Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici
- Dare attuazione alla DGR n IX/4475 del 5 dicembre 2012 "Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012)" secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012
- Potenziare le attività integrate (direzioni sanitarie, sistema qualità, risk management) di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza
- Effettuare attività in materia REACH/CLP
  - REACH: Regolamento inerente la registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizioni relative alle sostanze chimiche
  - CLP: il regolamento CLP, oltre a tutti i soggetti coinvolti nell'applicazione del REACH, riguarda anche tutti i consumatori in quanto incide in maniera diretta sull'etichettatura delle sostanze e delle miscele contenenti sostanze chimiche pericolose

- Alimentare il Sistema Informativo Socio Sanitario
- Rispettare integralmente quanto previsto dalla dgr IX/4334 del 26.10.12, Allegato 1, "Programmazione e Sviluppo Piani"
- Rispettare i cronoprogrammi e i quadri economici dei singoli interventi finanziati con AdPQ (Accordo di Programma Quadro), Atti Integrativi e Fondo di Rotazione
- Rispettare le indicazioni regionali relative al piano degli investimenti ai sensi del D.Lgs n.118/2011
- Acquisti:
  - Diminuzione del numero di procedure di gara effettuato dalle aziende in forma singola
  - Superamento senza osservazioni dei controlli Consip (società per azioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze) effettuati sugli adempimenti nazionali del Tavolo di monitoraggio spesa sanitaria (art. 12 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)
  - Qualità dati osservatori
  - Qualità dati flusso NSIS grandi apparecchiature (flusso informativo per il monitoraggio di dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN)
- Economico finanziario: rispetto integrale allegato1 (quadro di sistema 2013 - tempi di pagamento fornitori)
- Attuazione D. Lgs. 118/2011 Fatturazione e gestione finanziaria stranieri (STP: Stranieri Temporaneamente Presenti)
  - Fatturazione alle Prefetture rispetto alle prestazioni rese e rendicontate secondo gli indirizzi regionali
- Approvazione dei Bilanci di previsione senza sospensioni
- Attuazione della DGR 4334/2012, - Farmaceutica e protesica
- Psichiatria e Neuropsichiatria infantile: attuazione dei progetti
- Miglioramento dei tempi di attesa: Attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011

- Sistema informativo socio sanitario: Completa attuazione del Piano annuale SISS 2013
- Risk Management:
  - Realizzazione progetti Risk Management;
  - Aggiornamento Data Base sinistri;
  - Segnalazione eventi sentinella
- Rispetto della delibera 4605 del 28.12.2012 “Prima attuazione della legge 135/2012, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa Pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” art. 15 comma 13 lettera c) ed ulteriori indicazioni per l’esercizio 2013 correlate all’elenco dei 108 drg a rischio di in appropriatezza di cui al vigente patto per la salute
- Personale:
  - Rispetto dei contingenti complessivi del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.
  - Flussi informativi relativi ai dati del Personale: rispetto della completezza, qualità e coerenza dei dati trasmessi.
  - Rispetto del budget complessivo assegnato per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.
  - Rispetto delle disposizioni relative alla spesa dei contratti di consulenza e atipici (collaborazioni coordinate e continuative, incarichi libero professionali).

## 7. PROGETTI SPECIFICI DI INTERESSE AZIENDALE

Vengono di seguito riportati i principali progetti che l’Azienda sta attuando:

### 7.1 OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE

L’Ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo-clinico che si colloca in continuità con un generale e lungo cambiamento dell’attività ospedaliera, volto a caratterizzarlo sempre più come un luogo di cura degli eventi clinici acuti, in cui si danno risposte assistenziali diversificate per intensità di cura in base ai bisogni e alle

problematiche delle persone assistite; questo comporta una rivalutazione e spesso una riorganizzazione dei percorsi, delle risorse, delle priorità.

Lo scenario macro in cui si colloca questa focalizzazione del ruolo dell'ospedale è quello conosciuto e analizzato, nelle sue determinanti di base, in molti atti di programmazione sanitaria anche della Regione Lombardia; centralità del malato e della sua famiglia, continuità tra cure ospedaliere e cure territoriali, multidisciplinarietà e modelli di presa in carico clinica e meccanismi operativi condivisi, innovazione tecnologica sono concetti chiave del modello clinico assistenziale per intensità di cure.

Tale riflessione non può che avvenire attraverso la discussione, la condivisione e la formalizzazione, fra tutti gli attori dei criteri clinici di accesso, passaggio e di dimissione per i diversi livelli di cura, in considerazione delle evidenze scientifiche disponibili, adattate e validate alle specificità locali; molte delle attività di studio e sperimentazione in atto da anni nel nostro contesto vanno in questa direzione.

---

## 7.2 RIORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE

---

IL COMPLESSO DELLE SALE OPERATORIE (SSOO) COMPRENDE:

- il blocco centrale (denominato per convenzione blocco A) di n. 18 sale operatorie (SS.OO.) per l'attività chirurgica eseguita su pazienti in regime di ricovero programmato e in urgenza ed emergenza;
- i tre blocchi di n. 4 SS.OO. ciascuno contigui al blocco centrale (denominati blocchi B, C e D);
- le n. 4 SS.OO. di diagnostica interventistica endovascolare per l'attività di Emodinamica ed Elettrofisiologia (blocco E);
- le n. 2 sale afferenti al blocco parto.

Il complesso operatorio è dotato di rapidi e riservati collegamenti con altri servizi quali: le Terapie intensive, il Pronto Soccorso, la Centrale di Sterilizzazione, il magazzino di allestimento dei presidi medico chirurgici (Kit chirurgici).

Come fattore comune al blocco centrale di sale operatorie è prevista un'area di "recovery-room" con capienza massima di 15 pazienti che permetterà un più efficiente uso delle risorse di sala operatoria ed una migliore appropriatezza nell'utilizzo del posto letto di terapia intensiva.

---

### 7.3 CENTRO DI DAY SURGERY

---

L'attività di day surgery e di chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale si svolgerà all'interno della piastra in settori contigui al blocco operatorio maggiore. Ciascun settore è costituito da un'area di degenza di 16-18 letti e un blocco di 4 sale operatorie garantendo così un percorso facilitato e snello al paziente che necessita di un intervento chirurgico e/o di una procedura diagnostica invasiva in regime ambulatoriale o di ricovero diurno.

---

### 7.4 RIORGANIZZAZIONE PERCORSI AMBULATORIALI

---

L'ospedale Papa Giovanni XXIII è dotato di 238 ambulatori per l'erogazione di visite e prestazioni strumentali. Essi sono collocati al piano terra delle torri e della zona sud della piastra.

La collocazione tiene conto sia delle afferenze dipartimentali sia della distribuzione logistica consentendo un utilizzo condiviso di risorse infermieristiche e strutturali. E', infatti, prevista una riorganizzazione del percorso ambulatoriale con accesso a CUP di torre decentrati vicini agli ambulatori (CUP di Torre). I CUP di torre, funzionalmente correlati al CUPS centrale, consentono di effettuare l'accettazione amministrativa e il pagamento del ticket, se dovuto. Inoltre è possibile prenotare prestazioni prescritte durante la visita. Questo consente di realizzare un percorso più agevole e rapido per l'utente.

Tutti gli sportelli amministrativi sono dotati di un sistema di gestione code collegati con gli ambulatori che permettono la gestione delle attese nel rispetto della privacy delle persone assistite. Quasi tutti gli sportelli sono abilitati all'incasso del ticket sia con denaro contante che bancomat.

La nuova organizzazione ambulatoriale attivata al Papa Giovanni XXIII, è oggetto di studio e continui approfondimenti al fine di verificare l'effettivo miglioramento dell'accessibilità dei cittadini ai servizi ambulatoriali.

---

### 7.5 DOCUMENTAZIONE SANITARIA INFORMATIZZATA

---

Da parecchi anni ormai, in linea con lo sviluppo tecnologico generale e sanitario in particolare, la nostra azienda è fortemente impegnata a sviluppare sistemi documentali destinati ai diversi flussi informativi di natura clinica, organizzativa, amministrativa, formativa e di ricerca.

Tra questi particolare rilievo assume il lungo progetto di informatizzazione dei dati clinici relativi ai pazienti, inseriti nel più ampio contesto del Sistema Informativo Socio Sanitario

di Regione Lombardia.

In ambito aziendale si è fortemente sviluppato negli anni il sistema documentale informatizzato a livello ambulatoriale e il sistema di farmacogestione; nell'anno 2013 è stata diffusa la cartella clinica elettronica nell'area critica, settore nevralgico che include i settori di terapia intensiva e sub-intensiva e nell'anno 2014 è prevista l'informatizzazione completa delle cartelle cliniche dei settori di degenza.

---

## 7.6 CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE

---

Il Progetto della Centrale Dimissioni Protette (CDP) nasce nel 2008 dall'idea di strutturare un percorso condiviso per garantire il coordinamento della rete dei servizi intraospedalieri con i servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali per la presa in carico di persone con necessità di continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero ed è il risultato di una condivisione di interessi tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo, l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII e il Comune di Bergamo. Si è reso necessario dotarsi di principi da adottare in corso di dimissione di questi pazienti, che permettano una pianificazione precoce e multidisciplinare della dimissione, con il coinvolgimento di pazienti, dei loro famigliari e dei servizi territoriali, sanitari e socio-assistenziali.

La Centrale ha visto un progressivo ricorso da parte degli operatori ospedalieri ai servizi offerti, permettendo nel tempo un rafforzamento dei meccanismi di continuità delle cure ai nostri pazienti.

---

## 7.7 FARMACIA DELLE DIMISSIONI

---

La Farmacia delle Dimissioni della nostra Azienda Ospedaliera garantisce dal 2002, sette giorni su sette, la continuità terapeutica alla dimissione del paziente di tutti i farmaci di nuova terapia prescritti per via informatica e presenti nel Prontuario Terapeutico condiviso con l'Azienda Sanitaria Locale.

A seguito del trasferimento presso il Nuovo Ospedale, presso la Farmacia delle Dimissioni è stata centralizzata anche la dispensazione di farmaci ad alto costo in regime File F per tutti i pazienti affetti da patologie croniche in cura presso gli ambulatori della nostra Azienda.

Di fatto oggi i farmaci ad alto costo, prescritti per via informatica dal clinico dopo visita ambulatoriale, vengono esclusivamente dispensati dal farmacista presente presso tale farmacia ubicata nell'Hospital Street e operativa per tale attività da lunedì a sabato compreso.

Questo modello organizzativo garantisce la razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e distributiva.

---

## 7.8 FARMACOPRESCRIZIONE INFORMATIZZATA E GESTIONE ROBOTICA DEL FARMACO IN CONFEZIONE MONODOSE

---

Nel 1998 la Farmacia ha avviato una sperimentazione di gestione del farmaco confezionato in Unità Posologica e stoccato in un prototipo di armadio robotico e posizionato presso la Rianimazione, gestito dalla Farmacia.

Dai risultati della sperimentazione è emersa l'esigenza di dare priorità alla prescrizione informatizzata; a tal proposito l'Azienda ha investito e implementato il sistema prescrittivo FarmaSafe@ presso tutte le degenze, day hospital e ambulatori dell'Ospedale. Successivamente è stato avviato un "Servizio di supporto" della gestione del Processo di somministrazione del farmaco anche attraverso l'introduzione di tecnologie di automazione e informatizzazione, al fine di gestire i farmaci in confezione monodose e somministrazione a paziente.

La Dose Unitaria consiste in un processo di riconfezionamento del prodotto commerciale presso uno stabilimento dedicato sotto la responsabilità del Direttore di Farmacia in quanto galenico.

Il processo prevede che il medico prescriva la terapia direttamente al letto del paziente con un sistema di farmacoprescrizione informatizzata da un computer collegato alla rete wireless; gli infermieri, dopo aver caricato il carrello terapia con le confezioni monodose da armadio robotico, grazie alla lettura ottica dei rispettivi barcode, controllano che l'associazione tra il farmaco ed il paziente sia corretta. In caso contrario, il sistema avverte l'operatore.

L'obiettivo è abbattere il rischio, garantire un maggior controllo sull'appropriatezza della terapia farmacologica, aumentare la razionalizzazione della spesa farmaceutica e migliorare la qualità dell'assistenza percepita dal paziente e dagli operatori sanitari.

Prima del trasferimento presso la nuova sede è stato sviluppato un progetto pilota presso le Unità di Ortopedia e di Nefrologia e si è proceduto a formare tutto il personale dell'Azienda coinvolto.

Ad oggi la monodose in azienda è attiva in 17 Unità di Struttura Complessa; sono attivi 11 armadi robotici con servizio di erogazione delle unità posologiche; sono coinvolti 362 posti letto; 26 moduli per intensità di cure e 281 operatori.

Entro il 2013 è prevista l'estensione della Monodose a tutte le strutture di degenza della nostra Azienda Ospedaliera.

## 7.9 ATTIVAZIONE NUOVE APPARECCHIATURE

L'aggiornamento e l'innovazione tecnologica rappresentano un obiettivo fondamentale per un moderno ospedale, in particolare per un'Azienda che si pone quale punto di riferimento per diverse aree di alta specializzazione medica e che si propone come luogo di ricerca clinico-scientifica.

Gli investimenti si sono concentrati nelle aree a maggiore intensità tecnologica, principalmente sale operatorie, terapie intensive, diagnostica interventistica e radioterapia (vedi esempi esplicativi nella tabella seguente), non trascurando l'obiettivo del mantenimento di dotazioni strumentali aggiornate e di livelli adeguati di sicurezza e comfort in tutta la struttura ospedaliera.

TABELLA ELEMENTI TECNOLOGICI INNOVATIVI

Apparecchiatura	Ubicazione	Tipologia contratto	Importo complessivo IVA esclusa
Angiografo monoplanare digitale	Emodinamica	Leasing operativo	€ 1.210.276,80
Angiografo biplanare digitale	Emodinamica	Leasing operativo	€ 1.744.325,76
Angiografo monoplanare digitale	Polo angografico	Leasing operativo	€ 1.380.080,00
RMN 1,5 T	Radiologia	Leasing operativo	€ 2.771.615,45
RMN 3T	Neuroradiologia	Leasing operativo	€ 3.794.600,49
RMN 1T aperta	Neuroradiologia	Acquisto in proprietà	€ 1.595.000,00
RMN e TC	Sale operatorie	Service	€ 15.597.713,41
Angiografo biplanare	Sale operatorie	Leasing operativo	€ 2.949.393,01
TC	Radiologia	Leasing operativo	€ 1.304.452,80
TC	Neuroradiologia	Leasing operativo	€ 1.304.452,80
TC Simulatore	Radioterapia	Leasing operativo	€ 1.494.643,35
Acceleratore dual energy	Radioterapia	Leasing operativo	€ 5.871.335,65
Spect-CT	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 2.359.170,49
Spect-Due teste	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 798.046,27
Spect-Monotesta	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 549.549,82
Monitoraggio centralizzato dei parametri vitali per ciascun modulo di terapia intensiva e subintensiva	Terapia intensiva e subintensiva	Acquisto in proprietà	€ 1.099.899,83
Tavoli operatori a piani trasferibili	Sale operatorie	Acquisto in proprietà	€ 1.672.126,15

## 7.10 VALUTAZIONE E SVILUPPO DEL PERSONALE

La valutazione del personale è attiva dal 2002 per il personale dirigente. Il 2013 diventa l'anno decisivo per attuare il sistema aziendale di valutazione anche per il restante personale. Il nuovo sistema di valutazione, introdotto in Azienda attraverso un percorso formativo ad hoc per tutti i Valutatori, si propone di esaminare il lavoro svolto dai

dipendenti, valutarne la prestazione fornita, comunicare la valutazione agli interessati e valorizzarne il contributo fornito, creare occasioni di miglioramento identificando le aree di possibile potenziamento del ruolo, coinvolgere i dipendenti su attese ed esigenze dell'Azienda nei suoi confronti, disporre di informazioni per ottimizzare la gestione delle risorse umane e i percorsi formativi aziendali. Il tutto anche al fine di rafforzare il senso di appartenenza all'Azienda e favorire l'adesione ai suoi obiettivi in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Per effettuare la valutazione di tutto il personale dipendente è stato messo a punto un software (ValPers) che permette ai Responsabili dei vari servizi di effettuare agevolmente la valutazione dei propri collaboratori

Nell'arco del 2013 tutto il personale dipendente dell'Azienda verrà sottoposto a verifica relativamente ai tre seguenti ambiti delle prestazioni professionali:

- Valutazione di obiettivi individuali legati alla retribuzione di risultato
- Valutazione di obiettivi individuali legati alle Risorse Aggiuntive Regionali
- Valutazione delle competenze.

La progettazione del nuovo sistema di valutazione è stata supportata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni al quale sono affidate le seguenti funzioni:

- a) verifica del rispetto del principio del merito assicurando l'esercizio di un certo grado di selettività nella valutazione;
- b) verifica della effettiva e corretta identificazione della performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguite dall'Azienda nell'esercizio di riferimento in piena coerenza con il sistema di programmazione regionale, supportando quindi la Direzione nella predisposizione degli strumenti di programmazione pluriennale ed annuale;
- c) verifica dell'attribuzione degli obiettivi assegnati al personale in coerenza con le performance attese ed individuate secondo quanto indicato al punto precedente;
- d) valutazione della correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance, attraverso la verifica dei sistemi e degli strumenti adottati dall'Azienda;
- e) verifica della correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito, trasparenza ed equità;

- f) programmazione e sviluppo di continue azioni di sostegno e supporto allo sviluppo dei sistemi gestionali interni di programmazione e controllo e gestione del personale;
- g) assicurazione del coordinamento e dello scambio di informazioni con l'Organismo indipendente di valutazione di sistema;
- h) verifica della correttezza delle applicazioni contrattuali, con specifico riferimento alle parti riguardanti la valutazione del personale e l'attribuzione di premi, e la loro coerenza con le disposizioni normative nazionali e regionali;
- i) valutazione annuale dei dirigenti di vertice, sulla base delle direttive regionali e del Piano di Organizzazione Aziendale, da proporre alla Direzione Aziendale in applicazione del sistema di valutazione aziendale;
- j) verifica dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs.150/2009 e alla prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione di cui alla Legge 190/2012

## 8. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

In Italia, dopo le prime esperienze condotte nell'ambito del progetto "Mattoni - Misura dell'outcome" e del "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio, denominato P.Re.Val.E.", è stato avviato il Programma Nazionale Esiti (PNE), iniziato nel 2010 con un'iniziativa affidata dal CCM del Ministero della Salute ad Agenas.

Tale programma investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del presente Programma si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a quattro aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia e chirurgia digestiva) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda nel periodo 2007-2011, analisi ex-post per la valutazione degli anni pregressi ed ex-ante per la programmazione di quelli successivi (per maggiori informazioni sulla metodologia relativa al Programma Nazionale Esiti e ai seguenti indicatori:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2905&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2905&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)).

---

## 8.1 MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO IMA

---

### RAZIONALE

Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA). Il periodo di tempo più critico nell'IMA è la sua fase più precoce. Studi di comunità hanno dimostrato che la letalità totale degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare.

La terapia riperfusiva, se messa in atto correttamente e con la necessaria prontezza, comporta sia una diminuzione della mortalità che un miglioramento della prognosi a breve e a lungo termine.

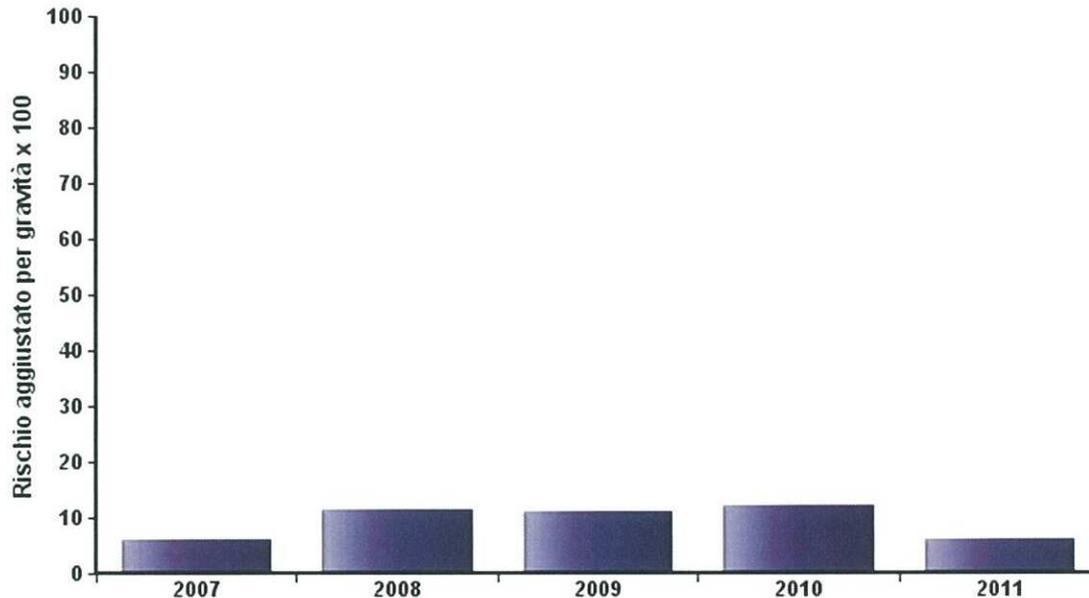
La mortalità a 30 giorni dopo IMA è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero.

In questo contesto, al fine di effettuare analisi più approfondite sulla risposta assistenziale al paziente infartuato, è stato definito un set di indicatori con l'obiettivo di valutare la qualità dell'assistenza a livello di strutture ospedaliere o di area di residenza del paziente.

Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'A.O. tra il 2007 e il 2011 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

## OSP. RIUNITI DI BERGAMO - BERGAMO



### 8.2 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE NELL'ANZIANO

#### RAZIONALE

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotrocanteriche). Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

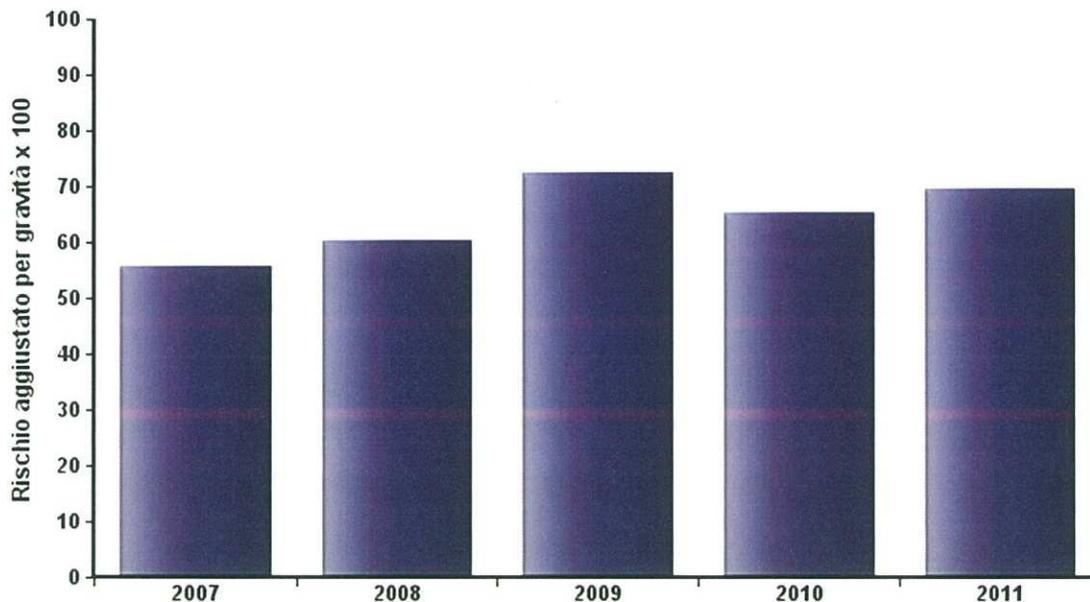
Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

E' presentato come indicatore l'"Intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)", in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 48 ore dalla data di ricovero e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.

Il valore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente (PNE, 2012).

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'A.O. tra il 2007 e il 2011 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

#### OSP. RIUNITI DI BERGAMO - BERGAMO



---

### 8.3 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA IN REGIME ORDINARIO: PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 3 GIORNI

---

#### RAZIONALE

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1.

La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite.

La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Una condizione associata ad un più alto rischio di complicanze è la presenza di calcoli nel dotto biliare comune. La complicanza più temuta della colecistectomia è costituita dalle lesioni delle vie biliari che, nel caso dell'intervento in laparoscopia, occorrono nello 0,5-1% dei casi. La conversione dell'intervento con tecnica laparoscopica a tecnica laparotomica tradizionale viene effettuata quando il chirurgo giudichi che la prosecuzione dell'intervento laparoscopico comporta un aumento del rischio di complicanze per il paziente. La percentuale di conversione varia nella letteratura internazionale dal 0,6 al 13% ed è notevolmente influenzata dall'esperienza del team chirurgico.

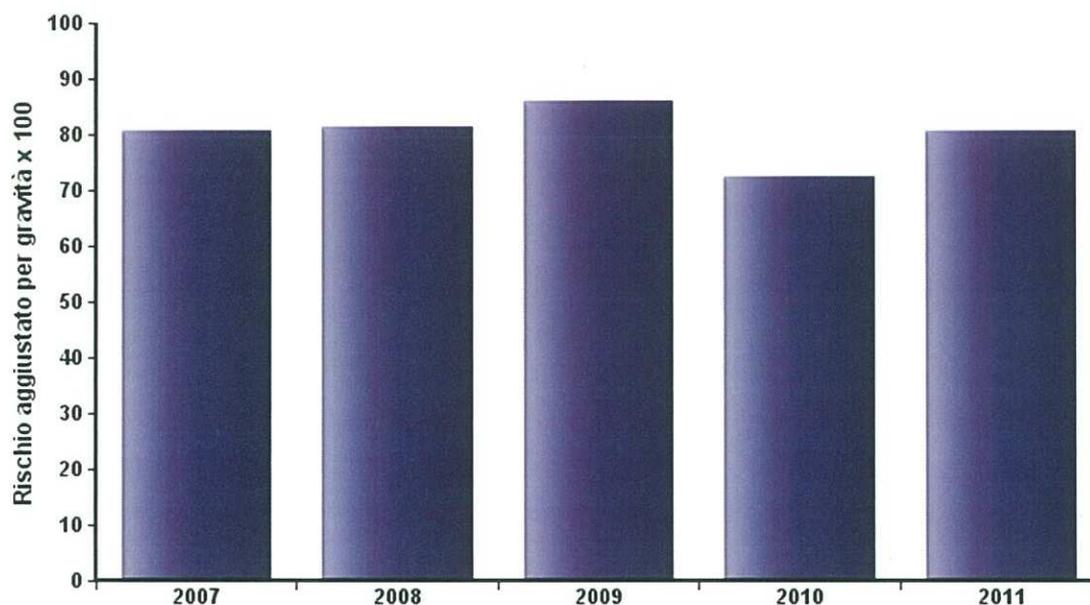
Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume di colecistectomie ed esiti statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 2 e 5 giorni, viene definito l'esito "Degenza post-operatoria entro 3 giorni", considerando tale durata indice di una buona performance delle strutture.

Il valore di questi indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al casemix, di diversi fattori di rischio correlati al paziente; gli

indicatori vengono pertanto aggiustati per età, gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità in grado di influenzare gli esiti degli interventi (PNE, 2012).

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'A.O. tra il 2007 e il 2011 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

#### OSP. RIUNITI DI BERGAMO - BERGAMO



#### 8.4 PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

##### RAZIONALE

In Italia, come in molti altri Paesi del mondo, il ricorso alla pratica del Taglio Cesareo (TC) è in continuo aumento. Le motivazioni possono essere ricondotte non solo a fattori culturali ed attitudinali legati alla pratica dei professionisti, ma anche ad una aumentata richiesta di TC da parte delle madri.

L'eccessivo ricorso al TC e, inoltre, una delle criticità indicate nella bozza del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, approvata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni, che prevede la riorganizzazione strutturale dei punti nascita anche nell'ottica di facilitare la riduzione dei parti mediante TC che non dovrebbero superare il 20%.

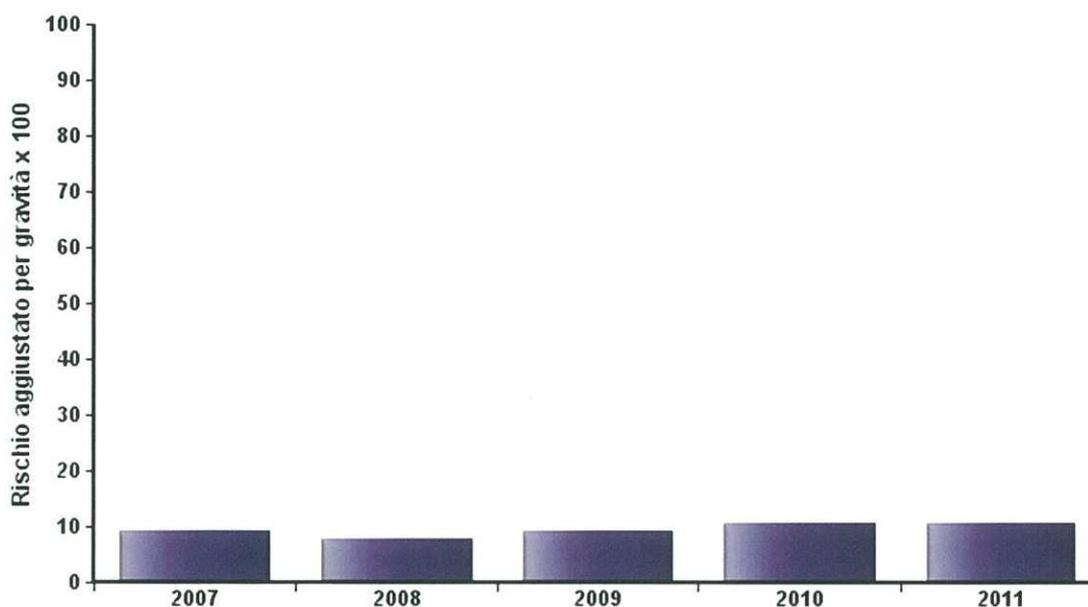
Il 16 dicembre 2010 è stato, inoltre, approvato l'Accordo Stato-Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo".

L'accordo definisce un programma articolato in dieci linee di azione che vanno da misure di politica sanitaria all'introduzione di strumenti per il miglioramento e la valutazione della qualità assistenziale che dovrebbero essere recepite a livello regionale ed avviate congiuntamente su tutto il territorio nazionale.

La proporzione totale di TC (in questo caso riportando la proporzione di tagli cesarei primari) è l'indicatore più frequentemente utilizzato per la valutazione della qualità dei servizi ostetrici in quanto facilmente reperibile e con un alto grado di accuratezza. Recentemente, per attività di audit e per operare confronti tra strutture sanitarie, sono stati introdotti alcuni indicatori validati dalla letteratura internazionale (Osseavsalute, 2011).

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'A.O. tra il 2007 e il 2011 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

#### OSP. RIUNITI DI BERGAMO - BERGAMO



## 9. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di alcune dimensioni di analisi della performance dell'A.O. Papa Giovanni XXIII. La stessa riporta i processi decisionali, le dimensioni di analisi, gli indicatori e l'esplicitazione della modalità di calcolo per misurarne il raggiungimento. L'ultima colonna riporta il valore atteso per l'anno 2013.

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	<b>"Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014" PRS Area sanità;</b>  <b>Obiettivi di mandato del Direttore Generale</b>  <b>Bilancio di previsione 2012;</b>  <b>Documento Aziendale sul Sistema di Valutazione e della Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa - anno 2011;</b>  <b>Documento sul Sistema</b>	Economicità	Valore della produzione e / Costo totale aziendale	405.050€/416.932€ = 0,97	Valore atteso: 402.176€/402.176€ = 1  Valore raggiunto 405822/416119 = 0,98	405.050€/416.932 €= 0,97
			Efficacia esterna	Incremento o utilizzo Sintel (Sistema di Intermediazione Telematica): incremento di almeno + 20% in termini di n. procedure e di valore, rispetto all'anno precedente	Numero procedure = 22  Valore = 5.347.000 Euro	Valore atteso: Numero procedure = 27  Valore = 6.416.400 Euro  Valore raggiunto: Numero procedure = 34  Valore = 7.275.504,71
		Efficacia		Adesione gare CRA (Centrale Regionale Acquisti): numero adesioni dell'anno	3 adesioni su 4 convenzioni attivate (75%)	Valore atteso: 75%  Valore raggiunto: Rispetto alle n.7 convenzioni

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
	<b>di Valutazione del Personale del Comparto - anno 2011</b>	<b>interna</b>  <b>Efficacia organizzativa</b>	su totale convenzioni di interesse per le A.O. attivate nel corso dello stesso anno		attivate nel 2012 dalla Centrale Regionale Acquisti, che riguardano gli Enti del SSR, l'AO Bergamo ha aderito e utilizza n.5 convenzioni (72%).  L'AO non ha invece attivato n.2 contratti, in quanto i prodotti in convenzione non rispondevano alle nostre esigenze.	Centrale Regionale Acquisti), che riguardano gli Enti del SSR.
			N. dipendenti ruolo amm.vo / N. totale dipendenti	329/3494=9,41%	Valore atteso:9,3%  Valore ottenuto: 9.5%	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2012
			Investimenti in formazione, inteso come budget assegnato	780.450 Euro	Valore atteso: 780.000 Euro  Valore raggiunto 708.457 Euro	780.450 Euro
			Tasso di obsolescenza tecnologie (valore beni- f.do amm.to / valore iniziale )	attrezzature sanitarie = 0,31  attrezzature informatiche=0,24 (computer, server, stampanti, ecc)	Miglioramento dell'indicatore  Dato 2012:  tasso obsolescenza: attrezzature sanitarie = 0,33	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2012

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
					attrezzature informatiche = 0,27	
ATTUAZIONE DELLA GESTIONE	<p><b>"Delibera delle Regole di sistema per l'anno 2012 - DGR n. IX/2633 del 6.12.2012"</b></p> <p><b>Documento di Budget 2012</b></p> <p><b>"Piano Organizzativo Aziendale - POA ;</b></p> <p><b>"Carta dei Servizi"</b></p>	Efficienza	N. ricoveri per infermiere	ricoverati/infermiere = 33,49	Obiettivo di mantenimento Dato 2012 = 29.43	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2012
			Qualità dei processi e dell'organizzazione	Costo medio farmaci per punto drg	€ 280,60	Risultato: € 254,47
		Qualità dell'assistenza		(costo dei farmaci al netto File-f/ peso dei DRG ordinari)		L'obiettivo di Mantenimento dell'indicatore è stato raggiunto
			Adeguatezza	Accessibilità e soddisfazione utente	Joint Commission	Sono state effettuate: 3 autovalutazioni
Implementazione standard di qualità	1 valutazione esterna dei 298 elementi valutati risultano: 55% completamente raggiunti 16% spesso raggiunti 19% parzialmente	1 valutazione esterna Degli elementi valutati si propone obiettivo di mantenimento per "completamente raggiunti" e "spesso raggiunti". Si propone obiettivo di miglioramento per				

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
			Numero di Strutture che confermano la certificazione UNI EN ISO 9001:2008 / Numero Strutture certificate =99%	raggiunti 3% raramente raggiunti 7% non raggiunti	<p>“parzialmente raggiunti”, “raramente raggiunti” e “non raggiunti”</p> <p>Consuntivo:</p> <p>a) Sono state effettuate 2 autovalutazioni regionali a valenza aziendale ( 01/08/12 e 29/01/13;</p> <p>b) effettuata valutazione esterna, presso la Regione, in data 21 novembre 2012, con esito positivo</p> <p>c) Dei 316 elementi valutati risultano globalmente:</p> <p>- 95% completamente raggiunti</p> <p>- 5% spesso raggiunti</p> <p>- Nessun elemento valutato risulta parzialmente/raramente/non raggiunto.</p>	<p>mantenimento dei risultati raggiunti nel 2012: - 95% completamente raggiunti</p> <p>- 5% spesso raggiunti</p> <p>- Nessun elemento valutato risulta parzialmente/raramente/non raggiunto.</p> <p>Pianificato il mantenimento della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008, per le Strutture sanitarie, amministrative e di staff alla Direzione, attualmente certificate (41). Pianificato lo sviluppo del sistema gestione qualità secondo la norma di certificazione, in 3 ulteriori strutture.</p> <p>Avviato</p>

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
						progetto di certificazione
			Customer satisfaction	5,87 in una scala da 1 (soddisfazione minima) a 7 (soddisfazione massima).	Valore atteso: 5,9 Valore ottenuto: 6.02	Valore atteso: 6.02
			<p>Gli indicatori di seguito indicati, riferiti all'anno precedente, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto dalla Regione Lombardia "Sistema di valutazione degli Ospedali Lombardi".</p> <p>I criteri di esclusione utilizzati sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i ricoveri di pazienti extra-regione</li> <li>- i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 2 anni (alla data di ricovero)</li> <li>- i ricoveri appartenenti alle classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.</li> </ul>			
			Ricoveri ripetuti (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni = 9,69%	Risultato 2012: 9,4%  I ricoveri ripetuti entro l'anno sono diminuiti e quindi è stata migliorata la performance	Migliorare il trend in riduzione, migliorando la performance del 2012
			Dimissioni volontarie (%)	N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni = 0,8%	Risultato 2012: 0,6%  La percentuale di dimissioni volontarie è calata rispetto al	Mantenimento risultato anno 2012

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
					2011 e quindi è stata migliorata la performance	
			Trasferimenti tra strutture (%)	N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi = 4,3%  N.B. La descrizione dei codici SDO relativi ai trasferimenti è stata modificata nell'aprile 2012.	Risultato 2012: 4,2%  La percentuale di pazienti trasferiti verso altre strutture è diminuita rispetto al 2011 e quindi è stata migliorata la performance	Mantenimento risultato anno 2012
			Ricoveri ripetuti entro 45 gg (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro 45 gg./Tot. Dimissioni = 3,86%	Risultato 2012: 4,1%  L'indicatore si è mantenuto sostanzialmente in linea con il 2011	Mantenimento risultato anno 2012
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia = 28 per 1000 abitanti	Risultato 2012: 23 per 1000 abitanti  Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari è in calo, in accordo con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale	Mantenimento risultato anno 2012

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia = 11 per 1000 abitanti	Risultato 2012: 7 per 1000 abitanti  Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri diurni è in calo, in accordo con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale	Mantenimento risultato anno 2012
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia = 29 per 1000 abitanti	Risultato 2012: 30 per 1000 abitanti  Il tasso di ospedalizzazione complessivo è sostanzialmente sovrapponibile a quello dello scorso anno	Mantenimento risultato anno 2012
			Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi = 51 per 1000 dimessi	Risultato 2012: 58 per 1000 dimessi  È in incremento il tasso di attrazione ricoveri ordinari di pazienti provenienti da altre regioni	Mantenimento risultato anno 2012
			Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi =	Risultato 2012: 46 per 1000 abitanti	Mantenimento risultato anno 2012



PROCESSI DECISIONAL I	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ANNO 2011	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2013
			per 1000 per anno)	39 per 1000 dimessi	È in incremento il tasso di attrazione ricoveri diurni di pazienti provenienti da altre regioni	
			Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi = 47 per 1000 dimessi	Risultato 2012: 55 per 1000 abitanti  È in incremento il tasso di attrazione complessivo (ricoveri ordinari + DH) di pazienti provenienti da altre regioni	Mantenimento risultato anno 2012

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

---

**Pubblicata all'Albo Pretorio on-line  
dell'Azienda Ospedaliera  
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

**per 15 giorni**

---